



**Dipartimento di Prevenzione**  
**Direttore Dr.ssa Linda Chioffi**  
**U.O.S.D. Attività Motoria e Prescrizione dell'Esercizio Fisico**  
**Direttore Dr. G.F.Fraccaroli**

Oggetto: **Richiesta Visita Medico-Sportiva per Certificazione Agonistica**

Il/La sottoscritto..... Davide Pasini.....

Nato/a a...Nogara (VR) il 08.03.1968....residente a.....Cerea (VR).....

via.....Colombare.....n° 7.....Tel.....338 4425141.....

Nella qualità di Presidente della Società Sportiva....ASD.PALLACANESTRO.CEREA.

Con sede a...CEREA (VR).....via...Gandhi.....n° 1.

n° iscrizione CONI...268235.....Affiliata a...F.I.P.....n° matr...000623.....

**Chiede la Visita in oggetto, per il nostro/a Tesserato/a:**

**Cognome.....Nome.....**

**nato/a.....il.....**

**residente a.....in via.....n°.....**

**C.F.....**

**Prima Visita      si                      no      scadenza Certificato.....**

**Legnago li.....**

**Il Presidente**